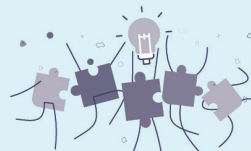




สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สรุปความจากรายงานประจำปี 2568
(ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568)



รายงานประจำปี 2568 ฉบับประชาชน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สรุปความจากรายงานประจำปี 2568
(ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2567- 30 กันยายน 2568)



เลขธิการ

นพ.สุเทพ เพชรมาก

รองเลขธิการ

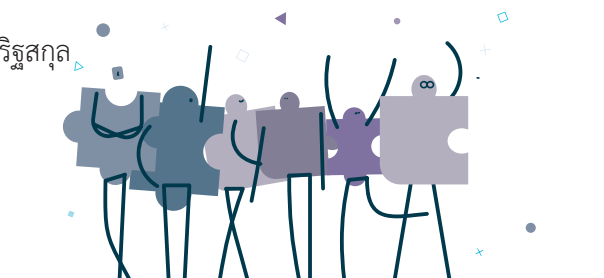
นพ.อภิชาติ รอดสม
สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล
นพ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์
ทิพิชา โปษยานนท์

บรรณาธิการอำนวยการ

ทิพิชา โปษยานนท์

บรรณาธิการเล่ม

นันทพร เตชะประเสริฐสกุล



กองบรรณาธิการ

กชพร นิลปักษ์
กนกวรรณ รับพรดี
กรฤทธิ ชุมบุรุษ
ชนิษฐา แซ่เอี้ยว
ช่อฉัตร สุนทรพะลิน
ฐิติมา สุวตติ
ณรงค์ กฤติขจรกรกุล
ทศนันท์ สัตย์ฉุขน์
นภินทร ศิริไทย
นันณณัฐ ฤกษ์ปัญญา
นันทยา ลีวลักษณ์
บัณฑิต มั่นคง
ปรางทิพย์ เนตรน้อย
ปรานอม โอสาร
พฤกษา สิ้นลือนาม
วรรณวิมล ขวัญยาใจ
วิไลวรรณ สิริสุทธิ
ศิริธร อรไชย
สิริกร คำภูไทย
สิริรัฐ รัฐเลิศกานต์
สุวิชา ทวีสุข

ศิลปกรรม

บริษัท เพอร์สเปคทีฟ 9 จำกัด

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 ซอยติวานนท์ 14
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2832 9000
www.nationalhealth.or.th

“สช. เป็นหน่วยงานรัฐ

ภายใต้การกำกับของนายกรัฐมนตรี”

ISBN 978-616-569-047-8

จำนวนพิมพ์ 600 เล่ม

ปีที่พิมพ์ 2568

พิมพ์ที่

บริษัท พี.เอส.กรุ๊ป (1954) จำกัด
(สำนักงานใหญ่) 12 ซอยสุกัญญากิจ
ถนนประชาชื่น แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ
กรุงเทพฯ 10800

คุยกับเลขาฯ

ปี พ.ศ. 2568 ที่ผ่านมามีเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญของประเทศไทย เรากำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายเชิงโครงสร้าง ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัย ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์โลก ภาวะโลกร้อนอันนำมาซึ่งสภาพภูมิอากาศสุดขั้ว ภัยพิบัติที่ทวีความซับซ้อน รุนแรง และถี่ยิ่งขึ้น ทั้งปัญหาดินโคลนถล่ม น้ำป่าไหลหลาก ปรากฏการณ์ฝนตกแช่ และมหาอุทกภัยในหลายพื้นที่ของประเทศ ปัญหาสารพิษในแม่น้ำกจากการทำเหมืองแร่หายากในประเทศเพื่อนบ้าน โรคไม่ติดต่อ-มัจจุราชเงียบที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ บุหรี่ไฟฟ้า-ภัยคุกคามสุขภาพโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เป็นต้น

สช. ยังคงมุ่งมั่น **“สานพลังสร้างสรรค์
นโยบายสาธารณะ”** เพื่อสร้างความแข็งแกร่ง
ของระบบสุขภาพไทย มุ่งสู่เป้าหมาย **“ระบบ
สุขภาพที่เป็นธรรม”**

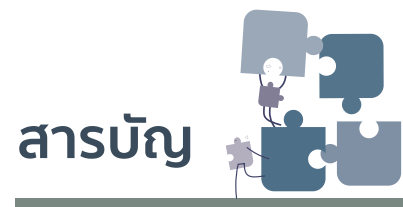


โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เพื่อออกแบบกลไกที่สนับสนุนการฟื้นคืนได้อย่างรวดเร็ว ตอบสนองต่อความผันผวนอย่างเท่าทัน เพื่อเตรียมการก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างมั่นคง ขับเคลื่อนวาระทางสังคมที่สำคัญผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะต่างๆ อาทิ การพัฒนาข้อเสนอนโยบายการรับมือภัยพิบัติให้มีความทันการณ์และครอบคลุมมากขึ้น การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าที่คุกคามเด็กและเยาวชน การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย การใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) เพื่อสร้างทางเลือกการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน การพัฒนาระบบ e-Living will และการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น โครงการภาคีอาสา (Area Strengthening Alliance: ASA) เพื่อสร้างจังหวัดเข้มแข็งโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน และการขับเคลื่อนมติสมัชชานามัยโลก ครั้งที่ 77 เรื่อง การมีส่วนร่วมของสังคมในระดับชาติและระดับนานาชาติ เป็นต้น

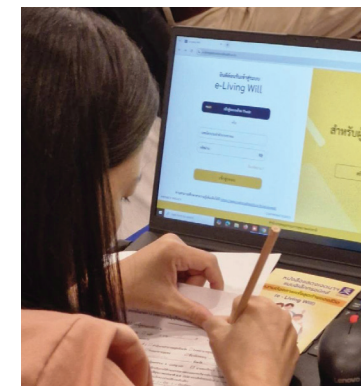
ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในปี 2568 นี้ เกิดจากการสานพลังของทุกภาคส่วนที่ร่วมเป็น **“หุ้นส่วนการพัฒนา”** ช่วยกันกำหนดทิศทางสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำพาสังคมไทยก้าวข้ามความท้าทายสู่สังคมสุขภาวะร่วมกัน

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



คุยกับเลขา	6
รู้จัก สช. ใน 3 นาที	10
ปี 2568 เราทำอะไรบ้าง	14
นโยบายสาธารณะที่ เรื่องเล่าจากพื้นที่ ธรรมนูญสุขภาพ...สร้างสุข(ภาวะ) นโยบาย by สมัชชาสุขภาพ เสริมศักยภาพท้องถิ่น สร้างทางเลือกการพัฒนาสุขภาวะชุมชน สิทธิสุขภาพในมือเรา ระบบสุขภาพท้องถิ่น “ลดเหลื่อมล้ำ - เพิ่มอำนาจประชาชน” “การมีส่วนร่วมของสังคม” ความภาคภูมิใจในเวทีโลก การจัดการภัยพิบัติ: โดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง จับชีพจรระบบสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพะ	21
ผลงานความภาคภูมิใจ	94
เสียงจากภาคีเครือข่าย	96



รู้จัก สช. ใน 3 นาที

เป็นหน่วยงานของรัฐ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในกำกับของนายกรัฐมนตรี โดยเป็นหน่วยเลขานุการของ "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)" และ "คณะกรรมการบริหารสำนักงาน (คบ.)" มีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งจัดทำรายงานสถานการณ์ของระบบสุขภาพ และดำเนินการให้บรรลุผลตามมติของ คสช. โดยมี เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เลขาธิการ คสช.) เป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



วิสัยทัศน์

VISION

“ระบบสุขภาพไทยพัฒนาจากกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W)”



พันธกิจ

MISSION

“สานพลังเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W)”



เป้าประสงค์

GOAL

4P-W

ย่อจาก Participatory Public Policy Process based on Wisdom



1

ระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับ
ธรรมนูญว่าด้วย
ระบบสุขภาพแห่งชาติ

2

กระบวนการ
นโยบายสาธารณะ
ที่มีคุณภาพ

3

นโยบายสาธารณะ
ที่สำเร็จอย่างเป็น
รูปธรรม



คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

องค์ประกอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

นายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี
ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
ที่นายกรัฐมนตรีกำหนดไม่เกิน 5 คน

ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข
ที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กร

ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพ ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย
ว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข
ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

เลขาธิการ คสช.
เป็นกรรมการและเลขานุการ



คณะกรรมการบริหาร

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.)

มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้เกิดการจัดกระทำที่ดี มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่

องค์ประกอบของ คบ.

ประธานกรรมการบริหาร
(แต่งตั้งจากกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)
กรรมการบริหาร
(แต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ)
เลขาธิการ คสช. เป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ

เครื่องมือนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

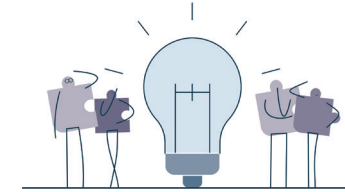
ทุกหน่วยงานองค์กร สามารถนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรับใช้
ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละหน่วยงาน องค์กร และพื้นที่





ปี 2568 เราทำอะไรบ้าง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขององค์กร
สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายทุกตัวชี้วัด ดังนี้



จำนวน
345,798 คน

1.การมีส่วนร่วมของประชาชน

มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่าน
ทุกเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จำนวน
21 หน่วยงาน

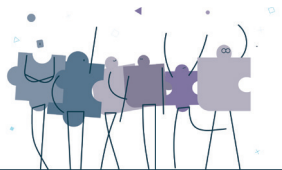
2.หน่วยงานระดับชาติมีการนำ มติ ครม. เกี่ยวกับ ข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

1.สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ 2.สำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม 3.ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยา (องค์การมหาชน) 4.สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
5.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 6.กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 7.สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดการแห่งชาติ
8.สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ 9.สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน) 10.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
11.กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 12.สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 13.สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ 14.สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย 15.สภาเกษตรกรแห่งชาติ 16.สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
(องค์การมหาชน) 17.กรมศุลกากร 18.สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 19.กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
20.สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 21.กระทรวงศึกษาธิการ

จำนวน
7 เรื่อง

3.องค์ความรู้หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์

1.คู่มือขับเคลื่อนแผนรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2.รายงานการประเมิน
ความปลอดภัยทางถนนด้วยแบบสำรวจความปลอดภัยทางถนนสำหรับทางหลวงท้องถิ่น
กรณีศึกษาพื้นที่ ต.โพธิ์ประทับช้าง อ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี 3.คู่มือแนวทางการประเมินผลกระทบ
สุขภาพพื้นที่ด้วยแนวคิดการประเมินผลเพื่อพัฒนา 4.รายงานการสังเคราะห์รูปแบบการนำ
นโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน 5.รายงานการพัฒนาแนวทางการ
ติดตามและประเมินผลโดยชุมชนในการประเมินผลกระทบกรณีศึกษาโครงการโรงแยก
ก๊าซธรรมชาติไทย 6.รายงานการขับเคลื่อนข้อเสนอจากการทำ HIA เพื่อลดผลกระทบจาก
การพัฒนาพลังงานชีวมวลในพื้นที่ภาคอีสาน 7.รายงานการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
ในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์



4. ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 นำไปพัฒนาเป็นแนวทาง การพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขต

ได้แก่ กขป. เขตพื้นที่ 1 4 5 6 7 8 10 11 เขตพื้นที่การศึกษาลำปาง เขต 1 จังหวัดอุตรดิตถ์ นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ พิจิตร นครปฐม และเขตในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตบางซื่อ เขตบางเขน เขตภาษีเจริญ เขตบางนา เขตบางแค เขตราชเทวี เขตดินแดง เขตบางกะปิ เขตบางพลัด และเขตป้อมปราบศัตรูพ่าย

จำนวน
24 พื้นที่

จำนวน
20
จังหวัด

5. สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ นำมติหรือนโยบาย สาธารณะ-บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย กลไกต่าง ๆ ในพื้นที่

ได้แก่ พะเยา ตาก น่าน สุโขทัย อุตรดิตถ์ ชัยนาท สระบุรี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม หนองบัวลำภู ขอนแก่น อำนาจเจริญ กระบี่ สงขลา ยะลา ตรัง พัทลุง สุราษฎร์ธานี พังงา และนครศรีธรรมราช

6. พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนธรรมนูญเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

ได้แก่ นครสวรรค์ ชัยนาท พิจิตร สุโขทัย กาญจนบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ระยอง ตราด อุบลราชธานี ยโสธร ขอนแก่น ชัยภูมิ นครราชสีมา นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ตรัง สงขลา และกรุงเทพมหานคร

จำนวน
82 แห่ง
ใน 19 จังหวัด

จำนวน
176,875 คน

7. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will)

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will)

8. หน่วยงานเป้าหมายนำกระบวนการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ (HIA) ไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ศูนย์ดูแลผู้พิการตำบลสมภู 2. มูลนิธิบูรณะนิเวศ 3. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ 4. กองประเมินผลกระทบต่อนโยบาย 5. กองโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 6. มรภ. จันทบุรี 7. มรภ. พระนครศรีอยุธยา 8. มรภ. บ้านสมเด็จเจ้าพระยา 9. มรภ. ราชบุรี 10. มรภ. สวนสุนันทา 11. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

จำนวน
11 หน่วยงาน

9. หน่วยงานภาควิทยาศาสตร์นำแผนขับเคลื่อนมติ เรื่อง Social Participation ไปปฏิบัติ

มีแผนปฏิบัติการ 2 ปี (พ.ศ. 2568-2569) ของ Core Group on Social Participation เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก โดยจัดประชุมรัฐมนตรีร่วมกับหลายประเทศและเครือข่ายนานาชาติ เพื่อผลักดันประเด็น Social Participation ผ่านกลไกระดับรัฐมนตรีในระดับโลก

จำนวน
1 แผนฯ

จำนวน
4 หน่วยงาน

10. หน่วยงานภาควิทยาศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ

ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

11. ระบบบริหารจัดการของ สช. มีคะแนน PMQA

451.81
คะแนน

จำนวน
19 เรื่อง

12. นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ

1. การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง 2. การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน 3. การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ 4. หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 5. การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ 6. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ NCDs จำนวน 6 เรื่อง 7. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร จำนวน 7 เรื่อง 8. การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

13. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ผลักดัน ผ่าน คสช. หรือ ครม. หรือ กลไกอื่น ๆ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ เสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการด้านการคลัง ในคณะกรรมการธิการ เศรษฐกิจ การเงิน และการคลัง วุฒิสภา เมื่อวันที่ 27 มิ.ย. 2568

จำนวน
1 เรื่อง



การขับเคลื่อน ระดับชาติ

1.ทำงานร่วม 2 กระทรวงใหญ่
เพื่อให้ธรรมนูญถูกใช้จริงในพื้นที่

2. นโยบาย
สาธารณสุขระดับชาติ

3. ข้อเสนอ
เชิงนโยบาย 3 เรื่อง

การขับเคลื่อน ระบบสุขภาพ ท้องถิ่น

สิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพ

ยกระดับ การมีส่วนร่วม ของสังคมสู่เวที สุขภาพระดับโลก

ผลงานสำคัญ ปี 2568



ร่วม กระทรวงศึกษาธิการ - พัฒนาระบบสุขภาพสถานศึกษา
ร่วม กระทรวงมหาดไทย - ใช้เป็น “กรอบ” จัดทำนโยบาย/
แผนพัฒนาท้องถิ่น/แผนปฏิบัติการจังหวัด-อำเภอ

- ปกป้องเด็ก-เยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า
- ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไร้ความรุนแรง
- เสริมความเข้มแข็งการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่
- ส่งเสริมพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

- สร้างสภาพแวดล้อมลดโรค NCDs
- พลิกโฉมกำลังคนสู่สังคมสุขภาวะ
- การท่องเที่ยวแนวใหม่สู่สุขภาวะ
และเศรษฐกิจไทยยั่งยืน

- ขยายระบบสุขภาพท้องถิ่นภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ.
- ใช้นวัตกรรม Telemedicine ใน รพ.สต. อบจ.ลำปาง
- สานพลังภาคี (ASA) เสริมความเข้มแข็งพื้นที่

243,713 คน

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคอง
(ข้อมูลจากการสำรวจ)

176,875 คน

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคอง และได้ทำ
Living will (ข้อมูลจากการสำรวจ)



6,870 คน

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับ
ประคอง และได้ทำ e-Living will
(ในระบบ e-Living will)

535 แห่ง

หน่วยบริการขึ้นทะเบียน
ระบบ e-Living will

- ร่วมกับเครือข่ายนานาชาติขับเคลื่อนมติสมัชชานามัยโลก ครั้งที่ 77
(Social Participation for UHC, Health and Well-being)
- การประชุมคู่ขนาน: สมัชชานามัยโลก ครั้งที่ 78 (WHA78)
และสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ ครั้งที่ 80 (UNGA80-HLM)



จุดเด่นของธรรมนูญสถานศึกษา
คือความชัดเจนในการให้ความสำคัญ
กับความต้องการ และบริบทของพื้นที่
นั้นๆ เป็นสำคัญ

นัยสำคัญสำคัญของธรรมนูญสุขภาพ
สถานศึกษา คือการกำหนดปัญหา
ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้ง 4 มิติ
ที่มีอยู่ร่วมกันในบริบทของสถานศึกษา
นั้นๆ จนนำไปสู่การวางเป้าหมาย
การออกแบบแนวทาง นวัตกรรมศึกษา
ในการอยู่ร่วมกัน



“ศิษย์นักเป็นไทย
ชีวิตเป็นประโยชน์”



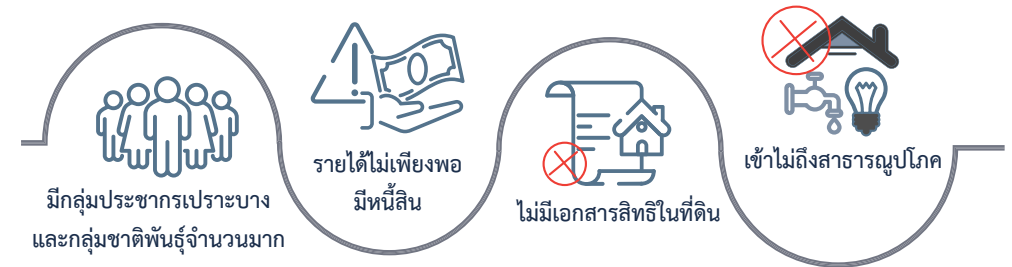


นโยบายสาธารณะกินได้

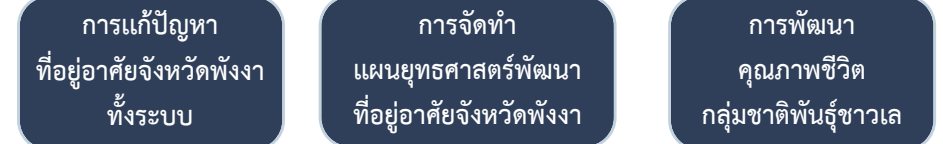
สช. มีการดำเนินงานตามเครื่องมือที่ระบุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยมีพื้นที่ดำเนินงานครอบคลุมทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ตลอดจนใช้กลไกสำคัญภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 ได้แก่ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้ง 13 เขต โดยมีผลงานที่โดดเด่น ดังนี้



สมัชชาพังงาแห่งความสุขปี 2568



• เป็นที่มาของการใช้ “กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด” ด้วยความร่วมมือของ ภาครัฐ ภาคราชการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาควิชาการในจังหวัดพังงา เพื่อขับเคลื่อน “รูปธรรมชุมชนจัดการตนเอง แก้ปัญหาที่อยู่อาศัย คุณภาพชีวิตทุกมิติ” สอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนา 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ไปสู่จังหวัดจัดการตนเอง เพื่อแก้ปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย พังงาแห่งความสุข





สมัชชาพลเมืองสงขลา: “ความสุขเริ่มที่บ้าน”

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

ภาคีเครือข่ายจังหวัดสงขลา โดยความร่วมมือจาก
พมจ.สงขลา กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด
สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ภาคเอกชน และมูลนิธิต่างๆ



- เป็นที่มาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อการบูรณาการงานปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงเพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย
- กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียงสิทธิบัตรทองและสมาชิกครอบครัว

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. จัดตั้ง “ศูนย์เต็มสุขสงขลา” โดยในปี 2568 ได้มีการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการติดเตียงจำนวน 904 คน และสมาชิกในครอบครัว โดยดำเนินงานด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านสภาพแวดล้อม:

พัฒนา “มาตรฐานกลาง
การปรับปรุงบ้านสำหรับ
คนพิการติดเตียง”



ด้านเศรษฐกิจ:

สร้างรายได้ เงินกู้ยืม
และพัฒนาอาชีพ



ด้านสังคม:

การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม
(เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ)



ด้านสุขภาพ:

แผนสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัวเพื่อดูแล
ผู้ป่วยติดเตียง ประสานส่งผู้ป่วย (รถรับส่ง)
การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การใช้ Telemedicine



2. พัฒนา “ธรรมนูญจังหวัดในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดสงขลา” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

“ความสุข
เริ่มที่บ้าน”



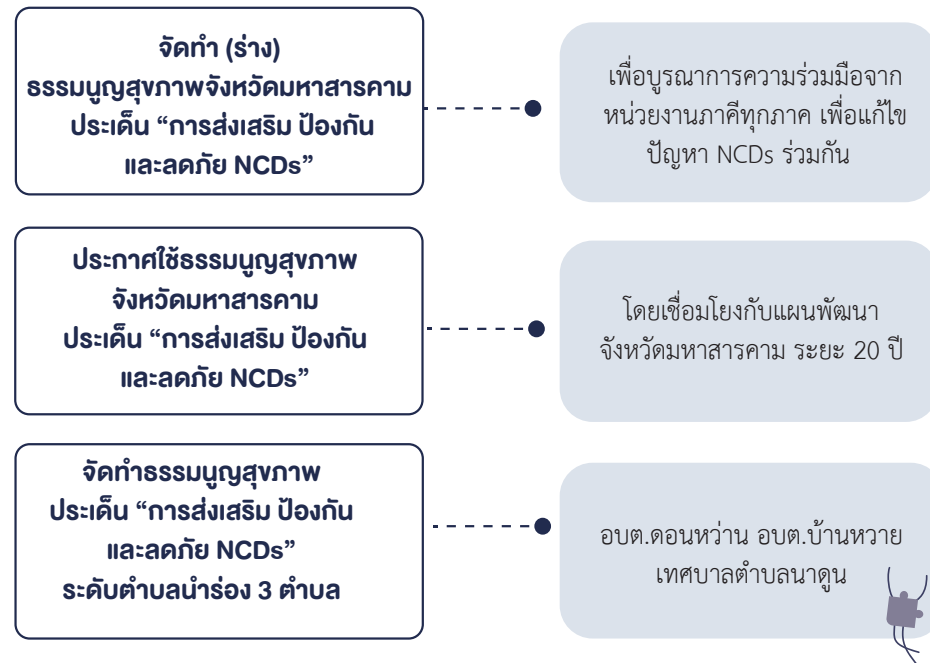
ปฏิบัติการ “ส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs” จากตักศิลานคร

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



- ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจาก NCDs สูงกว่า 400,000 คน/ปี
- จังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วย NCDs สูง และมีผู้ป่วยเบาหวาน-ความดัน สูงเป็นลำดับที่ 13 ของประเทศ และลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพ
- เป็นที่มาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม” เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs”

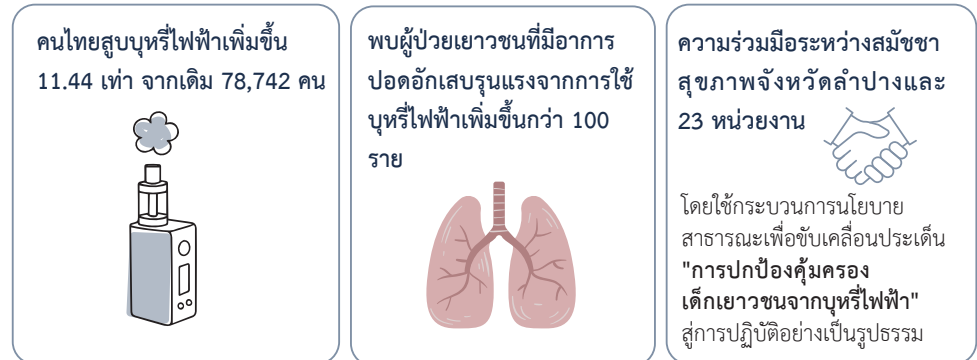
ผลการดำเนินงานที่สำคัญ



เฝ้าระวัง: ปฏิบัติลดบุหรี่ไฟฟ้า สร้างภูมิคุ้มกันเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืน

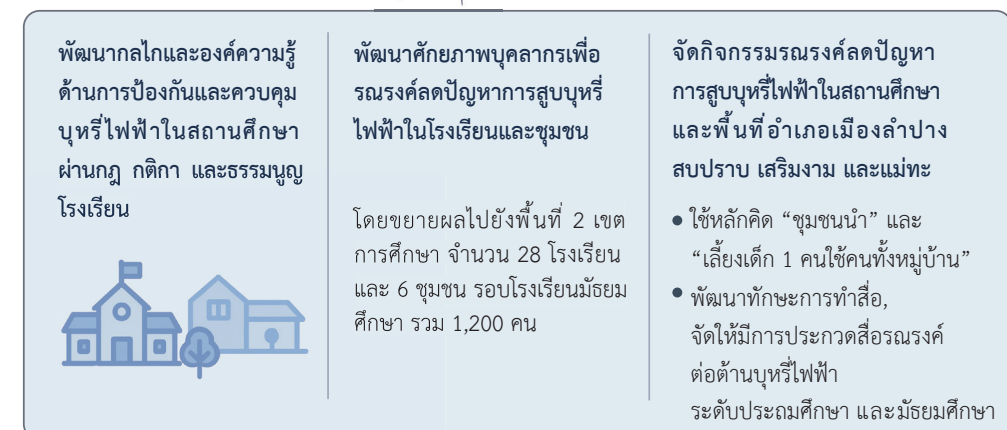
ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

- บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ที่อันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารนิโคติน โลหะหนัก และสารก่อมะเร็ง ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2567)



เป็นที่มาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดสู่การบูรณาการทำงานสร้าง
กลไกการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงการเกิดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็ก
และเยาวชน

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ





ธรรมนูญสุขภาพ...สร้างสุข(ภาวะ)

ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา

จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน สู่เป้าหมาย “เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี”

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

- เด็ก เยาวชน สถานศึกษา เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพที่เอื้ออำนวยเพื่อเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีมีคุณภาพตามทิศทางการพัฒนาประเทศ
- กระทรวงศึกษาธิการ และ สช. จับมือสานพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษา และสุขภาพ 4 มิติ (กาย จิต ปัญญา และสังคม) ของผู้เรียนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือ “ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา” โดยได้มีการลงนาม “บันทึกความร่วมมือการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา” ร่วมกัน เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ความร่วมมือ & นโยบายสนับสนุน

MOU ขับเคลื่อนสถานศึกษา
ปลอดปัจจัยเสี่ยงต่อเยาวชน
จ.นครศรีธรรมราช

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567

วันที่ 26 ธันวาคม 2567

เทศบาลบ้านเขี้ยวหลาน
ขับเคลื่อน
โรงเรียนสุภาพะ 5 อ.

ประกาศ กศจ.อุตรดิตถ์
ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา
ผ่านการบูรณาการระบบดูแลสุภาพ
ตามมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุภาพ
ระดับมาตรฐานสากล (GSHP)

วันที่ 30 มกราคม 2568

วันที่ 21 มีนาคม 2568

MOU ร่วมพัฒนาระบบสุภาพสถานศึกษา
ผ่านธรรมนูญสุภาพสถานศึกษา
เขตตรวจราชการที่ 14 ศธ.,
เขตสุขภาพที่ 10 ศธ.,
เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 10

คำสั่งจังหวัดนครสวรรค์
ตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อน
ธรรมนูญสุภาพสถานศึกษา
จังหวัดนครสวรรค์

วันที่ 28 มีนาคม 2568

โรงเรียนสภาราษี
จ.ตรัง

ปัจจัยเสี่ยง

อบายมุข - สารเสพติดครอบงำ

ผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดลดลง 90%

จาก 32 คน เหลือ 3 คน

ภายใน 1 ภาคเรียน

โรงเรียนอนุบาลลำปาง
(เวลางค์รัตนอนุสรณ์) จ.ลำปาง

ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ในสถานศึกษา

รวมพลังทุกภาคส่วน

สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ไฟฟ้า 100%

นักเรียนมีความรู้และไม่ยุ่งเกี่ยวสิ่งเสพติด

อย่างต่อเนื่อง

โรงเรียนสุภาพะ 5 อ.
ตำบลเขาพัง จ.สุราษฎร์ธานี

หน่วยงานร่วมคิด - ร่วมทำแบบเครือข่าย

พัฒนาสุขภาพครบมิติ

(ออกกำลังกาย/อาหารปลอดภัย/ ลดอุบัติเหตุ
/ทักษะชีวิต)

นักเรียนนำไปปฏิบัติจริง สุขภาพดีขึ้นชัดเจน

บ้านเกาะโมเดล
จ.นครศรีธรรมราช

งดเหล้า - ลดปัจจัยเสี่ยง

เด็ก ป.6 ที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า

จาก 30 คน ลดเหลือไม่ถึง 5 คน

ร้านค้าปลีกขายบุหรี่ไฟฟ้าให้เด็ก

มีผู้เลิกเหล้าเกิน 3 ปี = 10 คน

ไม่มีผู้ประสบภัยจากสุรา/ไม่พบใช้เลือดออก

“เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี”





“
พระแข็งแรง
วัดมั่นคง
ชุมชนเป็นสุข
”

**ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ:
“พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข”**

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

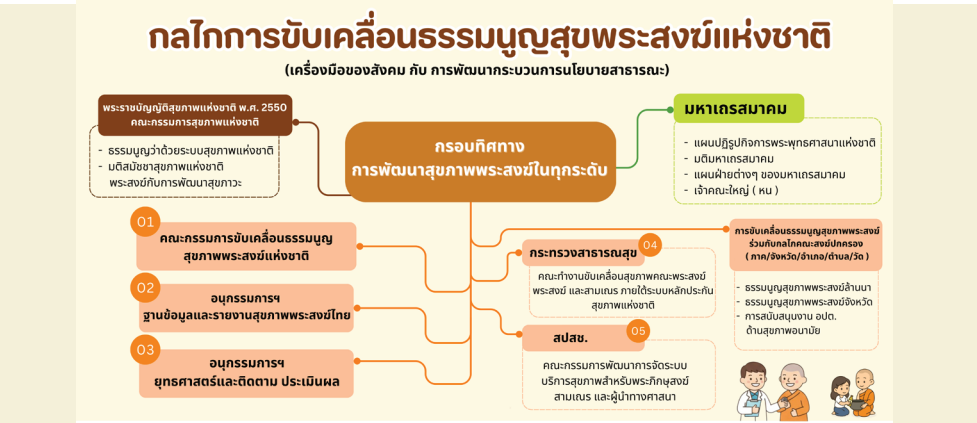
ปัญหาการเพิ่มขึ้นของพระสงฆ์อาพาธจากโรค NCDs นำมาสู่การสานพลังจากฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ก่อให้เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” และ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566

พระสงฆ์อาพาธจาก NCDs เพิ่มขึ้น
ทำให้ต้องมีแนวทางดูแลสุขภาพ
ที่ถูกต้องตามพระธรรมวินัย

เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
“พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ”
พัฒนาสู่ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ”

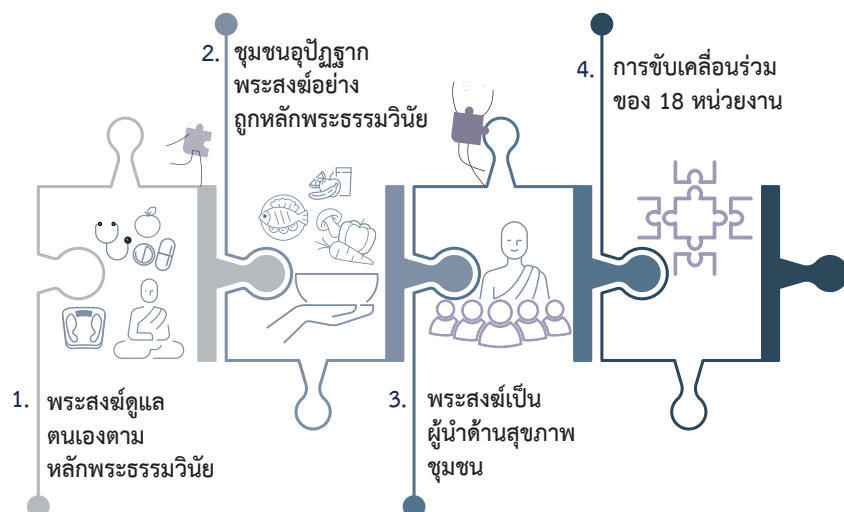
มหาเถรสมาคมรับทราบและเห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อน **ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566**

18 หน่วยงานร่วมปวารณาสานพลังเพื่อยกระดับระบบสุขภาพที่มี “วัดเป็นศูนย์กลาง”





• ต่อมาได้มีการทบทวนและประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 ซึ่งขับเคลื่อนภายใต้หลักการสำคัญ คือ “ใช้ทางธรรม นำทางโลก” โดยยึด 4 มาตรการหลักในการดำเนินงาน



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

เกิดกลไกระดับประเทศ
อนุกรรมการ 2 ชุด

ระบบข้อมูลสารสนเทศ
สุขภาพพระสงฆ์
สามเณร

รายงานสุขภาพ
พระสงฆ์สามเณร
ประจำปี

การสื่อสารสังคม

- อนุกรรมการยุทธศาสตร์ติดตาม ประเมินผล
- อนุกรรมการฐานข้อมูล & รายงานสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร
- Dashboard จากความร่วมมือ 12 หน่วยงาน
- ข้อมูล NCDs, พระสงฆ์อาพาธ, วัดส่งเสริมสุขภาพ, พระคิลานุปัฏฐาก ฯลฯ
- ใช้เสนอต่อมหาเถรสมาคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพพระสงฆ์ในภาพรวมอย่างเป็นระบบ
- สื่อสารรณรงค์การอุปัฏฐากพระสงฆ์อย่างถูกหลักพระธรรมวินัย เช่น “อาหารสุขภาพพระสงฆ์” “พุทธบริษัท 4 มีสุข”





“ สังคมสูงวัย
ไม่ใช่แค่เรื่องของคนสูงอายุ
แต่ต้องสร้างสุขภาวะทุกช่วงวัย ”

สานพลังขับเคลื่อนนโยบายรองรับ “สังคมสูงวัย”

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



ปี 2573 ผู้สูงอายุ จะเพิ่มสูงกว่า ร้อยละ 20
หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ

- ค่าใช้จ่ายสวัสดิการเพิ่ม
- คุณภาพแรงงานต่ำ
- เข้าสู่สังคมสูงวัยเร็วกว่าการพัฒนาเศรษฐกิจ

• สช. ตระหนักถึงความสำคัญและร่วมขับเคลื่อนแผนบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พ.ศ. 2566-2570 ร่วมกับ กระทรวง พม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



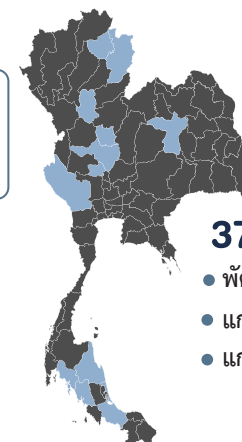
- บูรณาการเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัยผ่านกลไกสมัชชาผู้สูงอายุ
- ใช้กลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด + ธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 25-59 ปี) ได้รับการเตรียมความพร้อมในทุกมิติอย่างเป็นระบบ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

พื้นที่บูรณาการ (12 จังหวัด)

น่าน พะเยา สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร
ชัยนาท กาญจนบุรี ขอนแก่น กระบี่ สงขลา
ตรัง นครศรีธรรมราช

- การขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุด้วย
สมัชชาสุขภาพจังหวัด +
ธรรมนูญสุขภาพตำบล
ใน 82 พื้นที่ทั่วประเทศไทย



37,362 คน



- พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับชาติ-จังหวัด
- แกนนำระดับจังหวัด (12 จังหวัด)
- แกนนำระดับตำบล + เขต (กทม.)

ตัวอย่างการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยระดับพื้นที่

จังหวัด	รูปธรรมการขับเคลื่อนงาน
จ.พะเยา	1. จัดทำแผนการขับเคลื่อน “ระบบรองรับสังคมสูงวัย” จังหวัดพะเยา 2. เตรียมขับเคลื่อนธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยที่ ต.น้ำใส อ.เมือง จ.พะเยา
จ.สุโขทัย	1. ขับเคลื่อนงานเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย อาทิ สนับสนุนการจัด รถรับส่งกลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มเปราะบางให้เข้ารับการดูแลสุขภาพ 2. เชื่อมโยงโครงการเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัย “ขยับกายดี กินดี ไม่มีหกล้ม” กับศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
จ.นครสวรรค์	1. ขับเคลื่อนธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัย ผ่านการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยความร่วมมือของ 29 หน่วยงานในพื้นที่ 2. ขับเคลื่อนธรรมนูญสังคมสูงวัย อ.โกรกพระ และขยายผลไป 8 ตำบล ใน อ.หนองบัว
จ.พิจิตร	1. ร่วมกับแกนนำบรรพบุรุษและภาคีเครือข่ายใน อ.ทับคล้อ อ.วังทรายพูน จัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพพระสงฆ์และผู้มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในชุมชนเทศบาลทับคล้อ จัดทำข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อวางแผนปรับพฤติกรรม สร้างความร่วมมือด้านสุขภาพ 2. จัดเวทีสัญจรเพื่อปรับสภาพบ้านโดยสร้างรางเกาะในห้องน้ำให้ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันการหกล้ม รมรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง ไม่สูบบุหรี่ กินอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวาน มัน เค็ม ตามนโยบาย “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ภาคีร่วมใจสร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน”
จ.ตรัง	1. ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดเข้าสู่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ 2566-2570 2. ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ต.บ่อหิน ต.เกาะสุกร ต.นาตาล่วง ต.บางด้วน

จังหวัด	รูปธรรมการขับเคลื่อนงาน
จ.กาญจนบุรี	1. ขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสังคมสูงวัยเข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัด กาญจนบุรี ประจำปี 2566-2580 ฉบับทบทวนใหม่ รอบปี 2568 2. ร่วมกับ พมจ.กาญจนบุรี ดำเนินงานโครงการเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุใน ชุมชน และโครงการเสริมพลังคลังปัญญาเพื่อคนทุกวัย 3. ขับเคลื่อนธรรมนูญสร้างสุขทุกช่วงวัย ต.บ่อพลอย
จ.สงขลา	ขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ประเด็นรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล: ความสุขเริ่มต้นที่บ้าน ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐาน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และใช้เทคโนโลยี/นวัตกรรมสนับสนุนการดูแลสุขภาพ/ คนพิการติดบ้านติดเตียง ปรับสภาพบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการจำนวน 300 หลังคาเรือน โดยใช้งบจากงบประมาณกองทุนฟื้นฟูและ พมจ.



“สานพลังขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัย”



สมาชิกรัฐสภาแห่งชาติ ครั้งที่ 17

“เศรษฐกิจยุคใหม่
สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน”

NEW WEALTH FOR HEALTH

นโยบาย by สมาชิกสภา

สมาชิกสภาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567

ภายใต้แนวคิด “เศรษฐกิจยุคใหม่ สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน (New Wealth for Health)” ที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจควบคู่กับสุขภาพประชาชนอย่างสมดุล ไม่ให้การเติบโตทางเศรษฐกิจทำลายสุขภาพ และส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีเพื่อเศรษฐกิจที่แข็งแกร่ง มีผู้เข้าร่วมกว่า 1,600 คน และได้มีฉันทมติรับรองระเบียบวาระข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกัน 2 มติ ได้แก่

มติ “พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ”



กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

การพัฒนาากำลังคนเพื่อสุขภาพแนวใหม่โดยใช้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจยุคใหม่ มีทีมสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ควบคู่กับการขยายบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรเพื่อสร้างรายได้ให้ประเทศอย่างยั่งยืน และสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน สังคมสูงวัยรวมถึงความท้าทายใหม่โดยการวางแผนและลงทุนอย่างมีกลยุทธ์ในการสร้างศักยภาพประชาชนให้มีความรอบรู้และทักษะด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของปัจเจก ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน การผลิต พัฒนา และจัดการกำลังคนทั้งกำลังคนวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ ให้มีทัศนคติสอดคล้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ มีศักยภาพที่เพียงพอและเหมาะสมในการเปลี่ยนผ่านบริการสุขภาพยุคดิจิทัลตลอดจนแนวโน้มสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการจ้างงานที่เป็นธรรม มั่นคง และมีคุณค่า ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน



มติ “การท่องเที่ยวแนวใหม่ สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน”

กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ทุกภาคส่วนในสังคมให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวที่ยั่งยืนโดยร่วมมือกันในการขับเคลื่อนให้ทุกพื้นที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณค่ามุ่งเน้นการสร้างสมดุลใน 5 มิติ “เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และสุขภาวะ” พร้อมร่วมกันบูรณาการพัฒนาศูนย์สุขภาพฐานราก ผ่านการขับเคลื่อนการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชนและประชาชน ร่วมกันสร้างความรับผิดชอบต่อนักท่องเที่ยวและชุมชน เพื่อพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวสำหรับคนทุกกลุ่มทั้งในประเทศ และในระดับโลก

“

โดยต่อมา คณะรัฐมนตรี ได้มีมติ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568
 รับทราบ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567
 และมอบหมายให้หน่วยงานหลักประสานการดำเนินการตามนโยบาย
 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ทั้ง 2 มติ
 ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

”



ขบวนการ “สาน สร้าง สุข (ภาวะ)”

ปฏิบัติการ “รวมพลังการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่ปณิธานความสำเร็จ”

นับตั้งแต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาแล้วจำนวน 17 ครั้ง (พ.ศ. 2551-2567) รวมมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจำนวน 98 มติ 15 กลุ่มมติ

การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรม มีเงื่อนไขที่ทำได้โดยลำพัง แต่เป็นผลลัพธ์ของ “ความร่วมมือร่วมใจอันเข้มแข็ง” จากทุกภาคส่วนในสังคม ภายใต้แนวคิด “สานพลัง สร้างสุขภาวะ” สะท้อนให้เห็นถึงพลังของการทำงานร่วมกันที่สามารถเปลี่ยนแนวคิดเชิงนโยบายให้กลายเป็นการปฏิบัติจริง นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีของประชาชน

บทบาทอันหลากหลายของภาคีเครือข่ายที่ต่างเข้ามาเติมเต็มและสนับสนุนซึ่งกันและกัน “เป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ไม่ว่าเป็นการร่วมกันสร้างความรู้ความเข้าใจ การผลักดันเชิงนโยบาย การสร้างกลไกการทำงานในพื้นที่ หรือแม้กระทั่งการเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนด้วยตัวเอง ที่แสดงให้เห็นว่า การสร้างพลังจากทุกภาคส่วนคือหัวใจสำคัญของการสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะที่ยั่งยืน

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่

ขบวนการสาน สร้าง สุข (ภาวะ)

ปฏิบัติการรวมพลังขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ

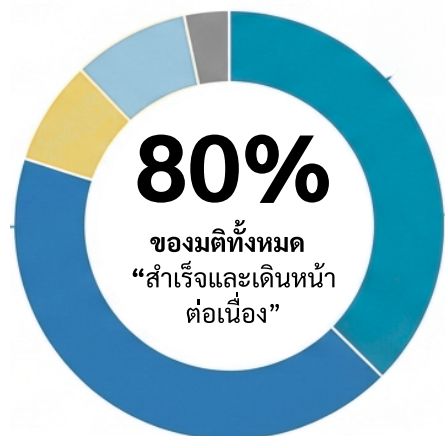
แห่งชาติสู่ปณิธานความสำเร็จ



17 ปี สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: “สานพลัง สร้างสุข สู่รูปธรรมความสำเร็จ”

สรุปเส้นทางขับเคลื่อน 98 มติ
จากเวทีนโยบายสู่การปฏิบัติจริง (พ.ศ. 2551 - 2567)

ดูแลครอบคลุมทุกมิติของชีวิต



- สำเร็จแล้ว (Achieved) | 37 มติ
- เดินหน้าต่อเนื่อง (On-going) | 42 มติ
- ทบทวนใหม่ (Revisited) | 8 มติ
- เสร็จสร้างกลไก (Mechanism) | 8 มติ
(เพื่อปลดล็อกอุปสรรค)
- ยุติ (End-up) | 3 มติ
(รวมกับมติใหม่/ไม่สอดคล้องบริบท)

จาก 98 มติ
สู่ปฏิบัติการเปลี่ยนไทยให้เป็นสังคมสุขภาวะ



การขับเคลื่อนนิคมสุขภาพเฉพาะประเด็นที่สำคัญ

NCDs Ecosystem: การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



เป็นที่มาของการมีนิคมสุขภาพเฉพาะประเด็น “NCDs Ecosystem: การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ เมื่อวันที่ 5 ส.ค. 2567

NCDs

เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยมากกว่า 400,000 คน/ปี

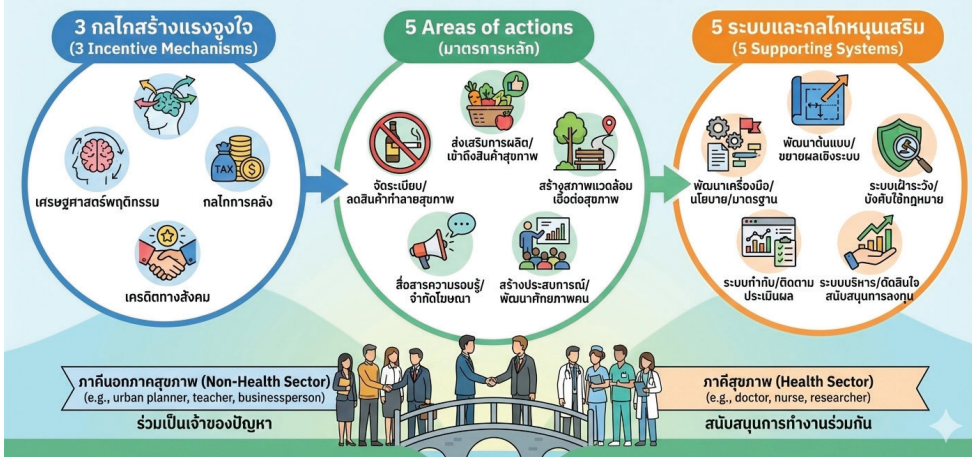
หัวใจ-หลอดเลือด
มะเร็ง
เบาหวาน
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง

81%

ความสูญเสียกว่า 1.6 ล้านล้านบาท/ปี
จากค่ารักษาและการขาดงาน
เพราะโรค NCDs



NCDs Ecosystem by สข. (3 : 5 : 5)

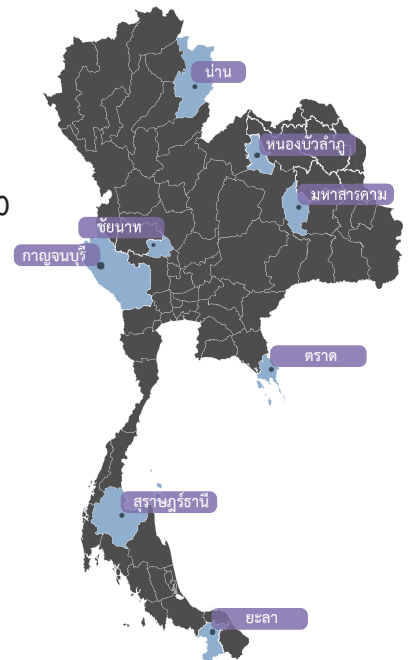


ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ระดับนโยบาย

รวมพลังภาคีสุขภาพและภาคีนอกภาคสุขภาพ
จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกัน NCDs พ.ศ. 2566 – 2670
และยุทธศาสตร์ NCDs Ecosystem

1. ผลักดันประเด็นเข้าสู่แผนและกลไกระดับชาติ
2. พัฒนานโยบาย/มาตรการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ
3. พัฒนานโยบาย/แพลตฟอร์มสร้างแรงจูงใจสุขภาพ ได้แก่ Health point
4. เชื่อมโยงภาคธุรกิจ-สถานประกอบการเป็น “หุ้นส่วนสุขภาพ”

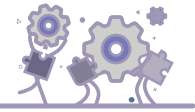


ระดับพื้นที่

ร่วมผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย NCDs Ecosystem ในพื้นที่ 8 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ น่าน ชัยนาท ตราด กาญจนบุรี มหาสารคาม หนองบัวลำภู ยะลา สุราษฎร์ธานี

1. เกิดกลไก Ecosystem แบบบูรณาการ ระหว่าง พชอ.-อปท.-ศสมช.- ชุมชน - โรงเรียน-วัด-ศาสนา-เอกชน
2. วัฒนธรรมสร้างสุขภาพ
3. พื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี โรงเรียน-ชุมชน
4. นวัตกรรมสุขภาพท้องถิ่น (Local Innovation)
เช่น เดินแลกแต้ม 21 วัน (ตราด), “โตเมื่อนับดีลดน้ำตาล” (กาญจนบุรี), “เมนูสุขภาพวิถีบ้าน” (น่าน)
5. การขยายผลเชิงนโยบายและระบบนำไปสู่การกำหนดนโยบายจังหวัด/ธรรมนูญสุขภาพ/วาระจังหวัดลด NCDs

ตัวอย่างการดำเนินงานในจังหวัดน่าน



จังหวัดมหาสารคาม

ธรรมนูญจังหวัด

ประเด็น “การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs”

ธรรมนูญจังหวัดมหาสารคาม
ประเด็น “การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs”

- เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ระยะ 20 ปี
- ทุกหน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติตามมาตรการในธรรมนูญจังหวัดฯ
- พัฒนาพื้นที่นำร่องธรรมนูญสุขภาพด้าน NCDs: ระดับตำบล 3 พื้นที่ (ดอนหว่าน/บ้านหวาย/นาตุน)
- เกิดแนวทางปฏิบัติจริงเพื่อลดป่วย-ลดเสี่ยงในระดับตำบล



จังหวัดหนองบัวลำภู

“หนองบัวลำภู เปิดประตู
ความสุข...อย่างสร้างสรรค์”

วาระจังหวัดหนองบัวลำภู พ.ศ. 2568-2571
“หนองบัวลำภู เปิดประตูความสุข...อย่างสร้างสรรค์”

1. ประกาศจังหวัดหนองบัวลำภู เรื่อง การพัฒนาระบบอาหารปลอดภัย “เกษตรอินทรีย์วิถีหนองบัวลำภู อาหารปลอดภัยจากท้องนาสู่พาข้าว”
ภายใต้แนวคิด “คนหนองบัว พาข้าวปลอดภัย ใส่ใจอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม”
 - 1.1 ขับเคลื่อนสินค้าเกษตรปลอดภัย ต่อยอดสู่เกษตรมูลค่าสูงอย่างยั่งยืน
 - 1.2 พัฒนาระบบอาหารปลอดภัยระดับชุมชน

2. ประกาศจังหวัดหนองบัวลำภู เรื่อง การสานพลังสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs Ecosystem) ภายใต้แนวทาง “คนหนองบัว พาข้าวปลอดภัย ใส่ใจอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม”



รวมพลังขับเคลื่อน
มาตรการป้องกัน
เด็กเยาวชนห่างไกล
บุหรี่ไฟฟ้า



พลิกเกมสู่ ‘บุหรืไฟฟ้า’ สาณพลลึงทุกภาคส่วนปกป้องอนาคคเด็กและเยาวชน

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

ผู้ใ้ “บุหรืไฟฟ้า”
เพิ่มขึ้นพุ่งสูง 11.44 เท่า

ปี 2564 (78,742 คน)
ปี 2567 (900,459 คน)

“เด็กและเยาวชน”
เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

อายุเฉลี่ยเริ่มใ้ 13 ปี
อายุน้อยที่สุด 6 ปี

ผู้ป่วยปอดอักเสบ
รุนแรงเพิ่ม

เยาวชนป่วยหนัก
ปี 2567 มากกว่า 100 ราย

• เป็นที่มาของมตีสัมชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรืไฟฟ้า” เมื่อวันท่ 13 พ.ค. 2567 และมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรืไฟฟ้าในประเทศไทย

5 มาตรการหลักระดับประเทศ				
1.จัดการองค์ความรู้	2.สร้างการรับรู้ภัยบุหรืไฟฟ้า	3.เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย	4.พัฒนาศักยภาพภาคี	5.ยืนยันนโยบาย & ปรารบรามการแพร่ระบาด



รายงานประจำปี 2568
ฉบับประชาชน



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

จากมตีสัมชชาสุขภาพสู่การขับเคลื่อนในระดับนโยบายและระดับพื้นที่

ระดับนโยบาย



ระดับพื้นที่

ภาคเหนือ

- ใช้สมัชชาสุขภาพจังหวัด + “สามเหลี่ยมระดับวิทยา” เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและให้ชุมชนเป็นเจ้าของการเปลี่ยนแปลง
- พัฒนา “ธรรมนูญสถานศึกษา” (ประถม-มัธยม-อาชีว) กว่า 50 แห่ง
- พัฒนาวิทยากรแกนนำนักเรียน 3 ระดับ (โรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษา และระดับชุมชนหมู่บ้าน) 1,500 คน



- ประกาศวาระ “อีสานไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า” ทำธรรมนูญสุขภาพ + MOU ร่วมกับโรงเรียนและ กขป.
- วางระบบทำงาน ต้นน้ำ-กลางน้ำ-ปลายน้ำ และใช้สภาเด็กฯ เป็นวิทยากรขยายผลสู่โรงเรียนพระปริยัติธรรม
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำสู่การออกมาตรการในจังหวัดนาร่อง



ภาคอีสาน

กรุงเทพมหานคร

โรงเรียน กทม. ทำ Dropbox เก็บบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อส่งทำลาย

เมืองพัทยา

ซูเปอร์เซ็น “เมืองปลอดภัย ป้องกันเด็กจากบุหรี่ไฟฟ้า”

ออกประกาศนโยบายให้สถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็กสังกัดเมืองพัทยาปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

- ผลิตชุดสื่อรณรงค์ให้ อปท. 48 แห่ง (เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก)
- ทำ MOU และนโยบายสร้างการรับรู้อันตรายแก่เด็กเยาวชน (จ.แม่ฮ่องสอน)
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร อปท. (ด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ)

ภาคกลาง-ตะวันออก

- จัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพ + MOU” ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา
- ใช้เทศบัญญัติ อบจ. จัดการบุหรี่ไฟฟ้ายึดได้เป็น “ขยะอันตราย”

- พัฒนา “โรงเรียนต้นแบบปลอดบุหรี่ไฟฟ้า” และระบบเฝ้าระวัง 4 ภาคส่วน



- กำหนด “บุหรี่ไฟฟ้า” เป็น Flagship Issue ปี 2568 พร้อมทำ MOU ระดับเขต
- สร้างเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมแกนนำ “หัวหน้าห้อง-สภานักเรียน-Gen Z”
- กำหนดประเด็น “ลดปัจจัยเสี่ยง เหล้า บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า การพนัน” เป็นมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด
- พัฒนาพื้นที่ต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง ต.เขาค่าย อ.สรี
- “สงขลาโมเดล” ผสมผสานธรรมนูญสถานศึกษา หลักสูตรศาสนาอิสลาม ใน 9 โรงเรียนเอกชนพื้นที่ อ.นาทวี และ อ.จะนะ



ภาคใต้



เสริมศักยภาพท้องถิ่น สร้างทางเลือกการพัฒนาสุขภาวะชุมชน



ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

การพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจผ่านนโยบายและโครงการขนาดใหญ่มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลกระทบที่หลากหลายต่อสิ่งแวดล้อม สังคม สุขภาพ และคุณภาพ

**ความเสี่ยงด้านสุขภาพ
สิ่งแวดล้อม**
เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ
คุณภาพชีวิต

**HIA = เครื่องมือป้องกัน
ล่วงหน้า**
ใช้เพื่อค้นหา บริหารความ
เสี่ยง Proactive + Reactive

**การมีส่วนร่วมของ
ทุกภาคส่วน**
ชุมชน ท้องถิ่น นักวิชาการ
รัฐร่วมประเมิน

ปี 2568 สช. มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่าย/หน่วยงานนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและเป้าหมายการพัฒนาเมืองน่าอยู่อย่างยั่งยืน (Sustainable Livable City)

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1

พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพโดยชุมชน
 (Community Health Impact Assessment: CHIA)

ร่วมกับเครือข่ายวิชาการ HIA 6 แห่งทั่วประเทศวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ

ก. กรณีศึกษาโรงแยกก๊าซไทย-มาเลเซีย อ.จะนะ จ.สงขลา

ข. โครงการเหมืองแร่หินปูน-หินดินดาน เพื่ออุตสาหกรรมปูนซีเมนต์ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี

ค. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน-ท้องถิ่นในพื้นที่ EEC เพื่อเสริมกลไกคุ้มครองสุขภาพประชาชนอย่างยั่งยืน
- 2

เสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายวิชาการ และบุคลากร

ขยายสถาบันการศึกษา 6 แห่ง (กทม.-ปริมณฑล)

การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้าน HIA ในประเด็นฝุ่น PM 2.5 (ภาคอีสาน)
- 3

พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ HIA

ร่วมกับเครือข่ายวิชาการ HIA พัฒนา หลักสูตร HIA เพื่อการติดตามธรรมาภิบาลสุขภาพในเขตเมือง

ผลงานวิชาการจากความร่วมมือระหว่าง สช. และเครือข่ายวิชาการ HIA ได้รับการเผยแพร่ในระดับนานาชาติ และควารางวัลนำเสนอผลงานยอดเยี่ยม

ก. บทความ Participatory HIA for Local Health Policy ในนิตยสารวิชาการระดับสูง (Scopus Q1)

ข. บทความ Community Monitoring & Evaluation Guidelines
- 4

หน่วยงานนำ HIA ไปใช้จริงไม่น้อยกว่า 9 กรณี

หน่วยงานที่นำ HIA ไปใช้ ได้แก่ ม.สงขลานครินทร์ ม.ธรรมศาสตร์ เครือข่ายศูนย์วิชาการสุขภาพเขตเมือง หน่วยงานท้องถิ่นในโครงการเมืองสุขภาพดี กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย - กรมควบคุมโรค) สัมชาสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เครือข่าย HIA ภาคต่างๆ และพื้นที่วิจัยเหมืองแร่หลายจังหวัด

“

บุคคลและชุมชนมีสิทธิใน
การดำรงชีวิต อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อม
และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
และได้รับการป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
อย่างเป็นธรรม โดยถือเป็นหน้าที่
และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคี
ทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อม
ที่เอื้อต่อสุขภาพให้ทุกคน ตอบสนอง
ต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากร
ตลอดทุกช่วงวัย
โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ
และไม่เลือกปฏิบัติ...



“

ในยุคดิจิทัลการมี **ระบบ e-LIVING WILL** จะช่วยให้การแสดงเจตจำนงทำได้ง่ายขึ้น
และเข้าถึงได้กว้างขวาง ช่วยลดภาระของครอบครัวและรัฐ
ช่วยให้ผู้สูงวัยได้จากไปอย่างสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ศ.บรรเจิด สิงคะเนติ

ประธานกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



“

การมีสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นที่ต้องมองให้ครอบคลุม
ตั้งแต่การเกิดดี เติบโตดี อยู่ดี แก่ดี จนสุดท้ายคือ **การตายดี**



นพ.สุเทพ เพชรนิล

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิสุขภาพในมือเรา

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

สิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ และได้รับการรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 รวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550



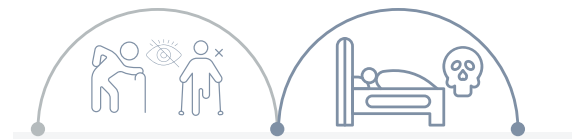
ในปี 2568 สข. ในฐานะกลไกกลางด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อให้สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นจริงในเชิงระบบ ดังนี้



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

มาตรา 6

การคุ้มครองสุขภาพ
ของกลุ่มประชากรเฉพาะ



ระบบติดตามการเข้าถึงสิทธิ ข้อเสนอเชิงนโยบายป้องกัน
ของกลุ่มเปราะบาง “เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว”

มาตรา 7

การคุ้มครองข้อมูล
สุขภาพส่วนบุคคล

จัดทำ (ร่าง) แนวทางคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และนำไปปรับปรุงความเห็นก่อนประกาศใช้ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปอ้างอิง เป็นแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติในยุคดิจิทัล ให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน



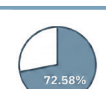
มาตรา 12

สิทธิการแสดงเจตนาใน
วาระสุดท้ายของชีวิต

1. การสำรวจพบว่าผู้ป่วยในระบบการดูแล
แบบประคับประคอง ใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

ผู้ป่วยทั้งหมด
243,713 คน

คิดเป็นสัดส่วน
ร้อยละ 72.58



ทำหนังสือแสดงเจตนา
176,875 คน



2. ขยายผลการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ
ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living will)



3. อยู่ระหว่างเชื่อมระบบ e-Living will เข้ากับแอปพลิเคชันสุขภาพหลักของประเทศ



4. จัดเวที Policy Dialogue “พลังชุมชนสู่สิทธิการตายดี”



5. มาตรา 12 สิทธิสุดท้ายของชีวิตที่เลือกได้
เพื่อสุขที่ปลายทาง



ศึกษารายละเอียดเรื่อง Living Will เพิ่มเติมได้ที่
<https://www.nationalhealth.or.th/eLivingWill>



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
☎ 02 832 9055
📘 สืบปลายทาง



LineOpenChat : Living Will



ระบบสุขภาพท้องถิ่น

“ลดเหลื่อมล้ำ - เพิ่มอำนาจประชาชน”

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่น:
“นโยบายการพัฒนากระบวนสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต”

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

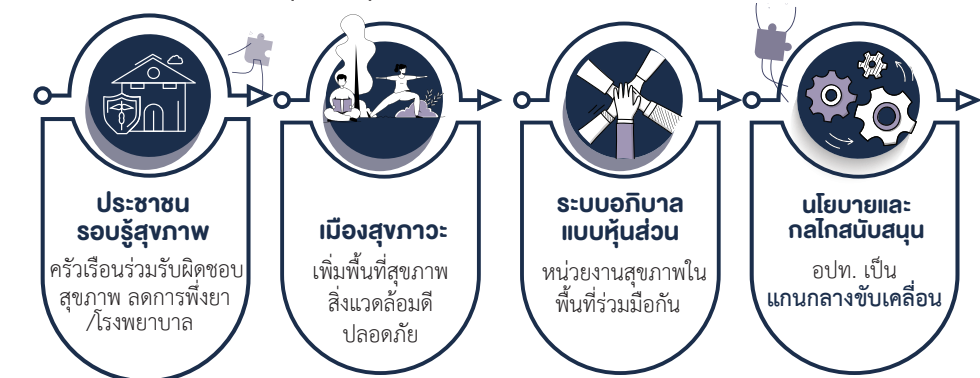
- โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เพิ่มขึ้น
- ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์
- ภัยพิบัติซับซ้อนรุนแรงมากขึ้น

- การปรับกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพไทย จากการ “ซ่อมสุขภาพ” ที่มุ่งเน้นการพึ่งพาการรักษาและยาจากโรงพยาบาลเป็นหลัก ไปสู่การ “สร้างสุขภาพ” และ “การกระจายอำนาจการจัดการสุขภาพให้ท้องถิ่น”

เป็นที่มาของการพัฒนา “นโยบายการพัฒนากระบวนสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต” ตามหลักการ “สร้างนำซ่อม” ลดการพึ่งพาและสถานพยาบาล ควบคู่กับการพัฒนาเมืองสุขภาพ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

เกิด “ฉกทศรระบบสุขภาพท้องถิ่นที่พึงประสงค์” โดยใช้ กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่น



เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายที่เสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ สอดรับกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น



ฉกทศรระบบสุขภาพท้องถิ่นที่พึงประสงค์

“ภายในปี 2570 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ทัวถึง เป็นธรรม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีทั้งมิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ”

จุดเน้นในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2568-2570)

วัตถุประสงค์



แผนกลยุทธ์การดำเนินงาน

แผนงานนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศด้านการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น

1. จัดสมัชชาสุขภาพ “ระบบสุขภาพท้องถิ่น” และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษการพัฒนากระบวนสุขภาพท้องถิ่น”
2. กำหนดพื้นที่ร่วม สร้างความร่วมมือภาคี และบูรณาการความสำคัญจังหวัดเป้าหมายบูรณาการ ปี 2568: เชียงราย นครสวรรค์ ขอนแก่น ตราด พัทลุง ปี 2569: กระจายครบเขตสุขภาพทุกเขต เขตละ 1 จังหวัด
3. พัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติสำหรับ อปท. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพทุกมิติ
4. สร้างระบบ CHIMS (Composite Health Index Monitoring System) เพื่อระวังและติดตามสุขภาพของประชากรและสังคมโดยดัชนีชี้วัดสุขภาพแบบองค์รวม

แผนงานการสร้างเสริมความเข้มแข็งกลไกนโยบายเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1. ยกระดับขีดความสามารถ อปท. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการบริหารระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
2. เสนอปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
3. จัดทำแผนกำลังคนและผลักดันให้มีการผลิตและเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพท้องถิ่น
4. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อปท. และสถาบันการศึกษาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพท้องถิ่นและการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

1. การพัฒนาระบบและแนวทางในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพโดย อปท. ที่ครอบคลุมทุกมิติ
2. การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ โดย อปท. และภาคประชาสังคม
3. การพัฒนาระบบ LAA (Local Authority Accreditation) ประกันคุณภาพและเกณฑ์คุณภาพสำหรับบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น

แผนงานการสร้างเมืองตัวอย่างด้านการสร้างสังคมสุขภาพ

1. คัดเลือกและพัฒนาเมืองตัวอย่าง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ
2. ขยายผลการเรียนรู้จากเมืองตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อกระตุ้นการจัดบริการสุขภาพในท้องถิ่น

“ภาคีอาสา” (AREA STRENGTHENING ALLIANCE: ASA)

สร้างจังหวัดเข้มแข็ง
โดยใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน

“การสร้างความเข้มแข็งให้กับพื้นที่
คือ เป้าหมายร่วมกัน
ที่เราทุกคนกำลังมอง
ดาวดวงเดียวกัน”

ภาคีอาสาไม่ใช่การสร้างงานใหม่
แต่เป็นการบูรณาการงานที่มีอยู่เดิม
ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ความร่วมมือ
ทุกระดับทั้งส่วนกลางและพื้นที่ สอดประสานกัน
เป็นหนึ่งเดียวของทุกภาคส่วน
ทั้งภาคนโยบาย วิชาการ และภาคประชาสังคม
จะสร้างรูปธรรมความสำเร็จได้



“ภาคีอาสา (Area Strengthening Alliance: ASA)” สร้างจังหวัดเข้มแข็งโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ริเริ่มและขับเคลื่อน “โครงการภาคีอาสา” (Area Strengthening Alliance - ASA) และคณะกรรมการภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง (ภสพ.)



เป้าหมาย

- ใช้ พื้นที่เป็นฐาน (Area-based)
- บูรณาการทุกภาคส่วนสร้างจังหวัดเข้มแข็งแบบยั่งยืน
- สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในการตัดสินใจและดำเนินการ
- การวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน ใช้ตัวชี้วัดที่วัดผลได้ เช่น การลดอัตราการความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และการเพิ่มคุณภาพชีวิต

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. เกิด คณะกรรมการภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง (ภสพ.) ซึ่งเป็น “กลไกความร่วมมือระดับประเทศ” บูรณาการระดับนโยบายร่วมระหว่าง 9 หน่วยงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ในการกำหนดทิศทางและแบ่งปันทรัพยากรอย่างเป็นระบบ เกิดการเชื่อมโยงกองทุนต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนสุขภาพจังหวัด กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ กองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

2. เกิด “ภาคีอาสา” (Area Strengthening Alliance - ASA) ภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง โดยมีการดำเนินงานนำร่องในพื้นที่ 5 จังหวัด



“ ในทุกวิกฤตจะมีโอกาส
เป็นโอกาสที่จะพัฒนาคน ชุมชน สังคม และประเทศ
ให้เก่งขึ้น เข้มแข็งขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มมากขึ้น
เพื่อพร้อมรับมือภัยพิบัติต่างๆ ”



การจัดการภัยพิบัติ: โดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



Global Risk Report 2025 คาดการณ์ว่าในช่วง 3 ปีข้างหน้า
ภัยพิบัติจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
จะเป็น 1/5 ความเสี่ยงสูงสุดในระดับโลก



ปี 2565
ภัยพิบัติธรรมชาติ
399 ครั้ง



ผู้เสียชีวิต
86,473 ราย



ได้รับผลกระทบ
93.1 ล้านคน



ความสูญเสีย
ทางเศรษฐกิจ
2.02
ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ

สถานการณ์ภัยพิบัติของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา



- ความเสียหายรวม 2.2 ล้านล้านบาท
 - ภัยรูปแบบใหม่: ดินโคลนถล่ม น้ำป่าไหลหลาก ฝนตกแช่ มหาอุทกภัย
 - แนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้ง ความถี่-ความรุนแรง-ความซับซ้อน
- กรม. รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2554)
- “ท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางการจัดการภัยพิบัติ” และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการขับเคลื่อนต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ระดับพื้นที่



การตอบสนองสถานการณ์น้ำท่วมดินถล่มภาคเหนือ

- ตั้ง EOC สช. ติดตามสถานการณ์แบบ real-time
- สนับสนุนการทำงานของสมัชชาสุขภาพจังหวัด
- ตั้ง “ศูนย์พัฒนานโยบายและรองรับภัยพิบัติชุมชน”
- ทำระบบแจ้งเตือนภัยเชื่อมโยงชุมชน
- พัฒนาระบบฝึกอบรม + องค์ความรู้ + แผนปฏิบัติการ
- บูรณาการภาคี: สธ. อปท. อาสาภัยพิบัติ นักวิชาการ



การฟื้นฟูแม่น้ำกกเพื่อสุขภาพประชาชน

- ชุมชนร่วมกำหนดกติกาเฝ้าระวัง-แจ้งเตือนภัยตนเอง
- เตรียมพัฒนา “ธรรมนูญแม่น้ำกก” และกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาข้อเสนอนโยบายในประเด็นการจัดการผลกระทบสุขภาพจากสารพิษปนเปื้อนแม่น้ำกกต่อไป

ระดับนโยบาย

1. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย “การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง”



2. การจัดทำรายงานนโยบายสาธารณะ “การจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติจากธรรมชาติต่อระบบสุขภาพไทย”





ข้อเสนอเชิงนโยบาย
การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
เพื่อการจัดการภัยพิบัติ
โดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

“

ต่อมา คณะรัฐมนตรี ได้มีมติ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 เห็นชอบ
 ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการ
 ภัยพิบัติ โดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง เป็นวาระแห่งชาติ ตามที่คณะกรรมการ
 สุขภาพแห่งชาติเสนอ และมอบหมายให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงาน
 ที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

”

“

ขอขอบคุณความร่วมมืออันใกล้ชิดของ สช. กับ องค์การอนามัยโลก
 ในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการผลักดันประเด็น “**การมีส่วนร่วมของสังคม**”
 ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในการยกระดับระบบสุขภาพและการขับเคลื่อนสุขภาพโลก

”

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเวทีที่น่ายกย่อง เป็นพื้นที่ที่เปิดกว้าง
 สำหรับการมีส่วนร่วมของสังคมอย่างแท้จริง ... นำไปสู่การพัฒนา
 ประเด็น “**การมีส่วนร่วมของสังคม (SOCIAL PARTICIPATION)**”
 จนเกิดเป็นมติ **สมัชชาอนามัยโลก** ที่ทั่วโลกยอมรับว่าเกิดขึ้นจากประเทศไทย”



พญ.อายหลิน หลี
 ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

“การมีส่วนร่วมของสังคม” ความภาคภูมิใจในเวทีโลก



Photo credit: WHO

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

- ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ/ธรรมนูญสุขภาพ/HIA
- ได้รับการประกาศเป็น “ต้นแบบการมีส่วนร่วม”
- WHO นำไปถอดบทเรียนเผยแพร่สู่ประเทศต่างๆ

ประเทศไทยได้รับ
การยอมรับจาก WHO

การผลักดันสู่มติ
สมัชชาอนามัยโลก
(WHA77, ปี 2567)

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) ไทยร่วมกับบราซิล/ฝรั่งเศส/นอร์เวย์/สโลวีเนีย/ตูนิเซีย ผลักดันให้เกิดสมัชชาอนามัยโลกเรื่อง “Social Participation for UHC, Health & Well-being” เพื่อให้ 194 ประเทศสมาชิกนำไปปฏิบัติ

ยกระดับ

“การมีส่วนร่วมของสังคมไทย”

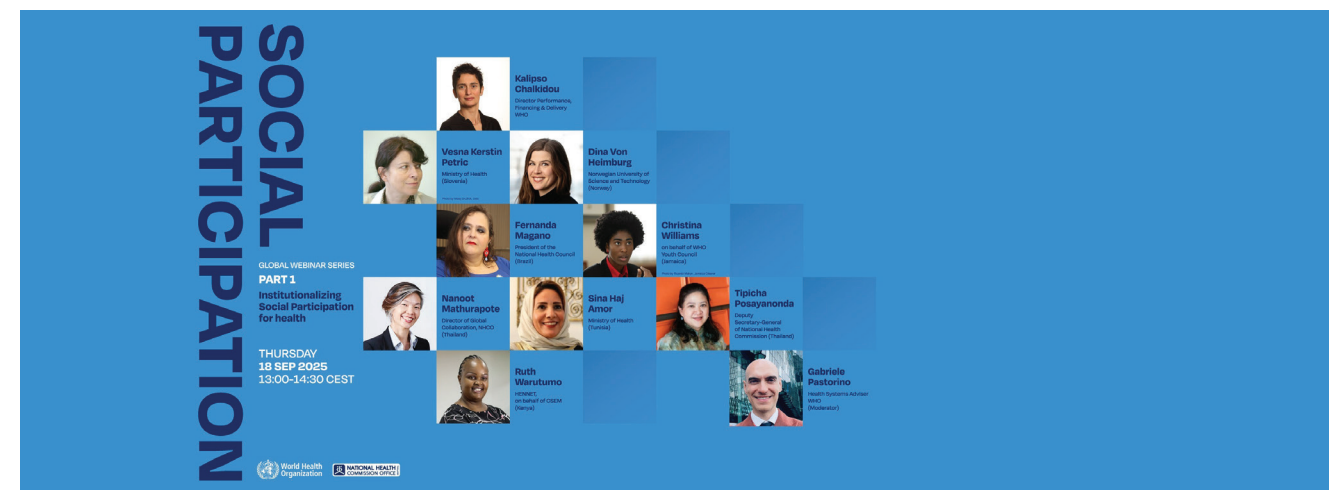
สู่เวทีสุขภาพระดับโลก



ไทยเป็นเจ้าภาพ
ประชุม Core Group
ครั้งแรก (2024)

เพื่อจัดทำ Action Plan
ขับเคลื่อนมติ WHA77
ร่วมกับ WHO,
WHO Civil Society Commission,
WHO Youth Council, UHC2030

ประกาศเจตนารมณ์ขับเคลื่อนมติ WHA77
ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ยกระดับบทบาทประเทศไทยในเวทีโลก: ขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 77 การมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Social Participation for UHC, Health and Well-being) ในระดับโลก อาทิ

ยกระดับบทบาทไทยในเวทีโลก

1.1 จัดประชุมคู่ขนานในสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 78(WHA78)

ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

- เป็นเจ้าภาพร่วมจัดประชุมระดับรัฐมนตรี
- ยืนยันเจตนารมณ์ขับเคลื่อนมติ WHA77 การมีส่วนร่วมของสังคม
- ผู้แทนจากกว่า 15 ประเทศเข้าร่วม

1.2 จัดประชุมคู่ขนานในสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ สมัยที่ 80 (UNGA80-HLM)

ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

- ร่วมจัดประชุมระดับผู้นำประเทศ
- ย้ำบทบาทการมีส่วนร่วมของสังคมต่อการสร้างระบบสุขภาพที่เท่าเทียมและยั่งยืน



Photo credit: WHO and Luiz Filipe, CNS Brazil

2. ส่งเสริมภาพลักษณ์ประเทศไทยในฐานะ “ประเทศต้นแบบของการมีส่วนร่วมของสังคม” ได้ต่อยอดภาพลักษณ์ของประเทศไทยว่าเป็นประเทศที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพและสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจัดเป็น “Soft Power ทางสุขภาพ”

ส่งเสริมภาพลักษณ์ประเทศไทย

2.1 ยกระดับการทำงานของประเทศไทยให้มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายระดับโลก

2.2 เสริมสร้างความเชื่อมั่นแก่นานาประเทศในระบบสุขภาพไทยที่ประชาชนมีส่วนร่วมออกแบบและเจ้าของ



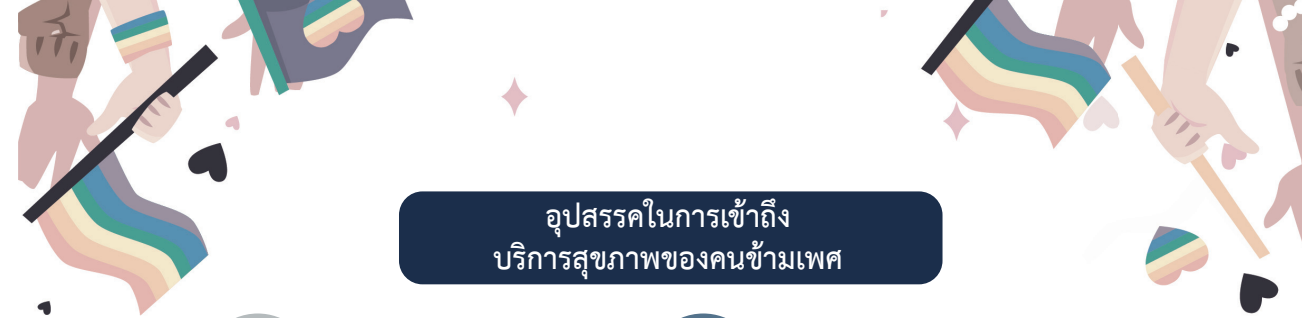


จับชีพจรระบบสุขภาพ

“ข้ามเพศ” บนดาวอังคาร:
ชวนคิดนอกกรอบในการสร้างสุขภาวะเพื่อคนข้ามเพศ

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

- แม้สังคมไทยจะเปิดกว้างมากขึ้นในเรื่องความหลากหลายทางเพศแต่ “คนข้ามเพศ” ยังคงเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม
- เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพและสุขภาวะของคนข้ามเพศ สช. ร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันการสร้างสุขภาวะเพื่อคนข้ามเพศผ่านการดำเนินงานต่าง ๆ



อุปสรรคในการเข้าถึง
บริการสุขภาพของคนข้ามเพศ



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. งาน “ข้ามเพศมีสุข” (Pride Health Assembly)

เวทีจับชีพจรแลกเปลี่ยนมุมมอง-ข้อเสนอแนะนโยบายสุขภาวะคนข้ามเพศ ครั้งแรกของไทย

2. การพัฒนา Policy Canvas

ยกระดับสิทธิและบริการสุขภาพคนข้ามเพศ
ภายใต้โจทย์ “กินอิ่ม นอนหลับ ผันดี”



โดย สช. สนับสนุนเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และออกแบบกระบวนการ (Design Thinking) เพื่อสะท้อนปัญหา ภาพฝัน รับฟัง และแลกเปลี่ยนบนพื้นที่ปลอดภัย ไร้ขีดจำกัด นอกกรอบและกฎเกณฑ์บนโลก

- ปัจจุบันอยู่ระหว่างพัฒนา “ธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศ” ซึ่งเป็นธรรมนูญสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศฉบับแรกของประเทศไทย คาดว่าจะประกาศใช้ในเดือนมีนาคม 2569



“ปัญหาด้านระบบสุขภาพของชุมชนเมืองมีความซับซ้อน
แตกต่างกันไปในแต่ละมิติของสุขภาพและกลุ่มประชากร
สะท้อนว่า ความเป็นเมืองไม่ได้ดีไปกว่าเสมอไป”

เท่าหรือเทียม: เส้นทางความเหลื่อมล้ำ คนจนเมือง

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานของคนจนเมือง
และกลุ่มเปราะบางในเขตเมือง

- ตกหล่นจากการสำรวจและการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพ เช่น การได้รับวัคซีน การคัดกรองโรคเรื้อรังผู้ที่ไม่มียบัตรประชาชน
- ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ตามปกติ เนื่องจากระบบสุขภาพไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับทุกคน



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ



ร่วมกับ ThaiPBS/The Active จัดเวที Policy Dialogue
“เปิดพื้นที่กลาง-ฟังเสียงประชาชน”

นิทรรศการ “เท่าหรือเทียม: เส้นทางความเหลื่อมล้ำ คนจนเมือง”
Outcome: สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ตามกรอบ WHO Social
Determinants of Health

อยู่ระหว่างการพัฒนารายงานสุขภาพเขตเมือง และตัวชี้วัดระบบสุขภาพเขตเมือง
เพื่อเสนอต่อองค์กรและกลไกระดับชาติที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลการดำเนินงานที่มีผลกระทบต่อประชาชน (เชิงรูปธรรม) ความสำเร็จของ สช.
ไม่ได้วัดแค่ตัวเลขทางสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงความสำเร็จในการ “สร้างความยุติธรรม”
และ “สร้างกลไก” ที่ทำให้คนจนเมืองมีเสียงและได้รับการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างต่อไป

สถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเมืองของไทย

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



ระบบสุขภาพชุมชนเมืองเป็นหนึ่งในสิบสองเรื่องที่สำคัญในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่มุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” จึงเป็นที่มาของการพัฒนา “ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพชุมชนเมือง”

ทำไมต้องติดตามระบบสุขภาพชุมชนเมือง?

- ติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพชุมชนเมือง
- วิเคราะห์ช่องว่าง กำหนดจุดคานงัดการพัฒนาสุขภาพชุมชนเมือง
- ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพชุมชนเมืองในระยะยาว



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ



จากการติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเมืองของไทย ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 26 ตัวชี้วัด เพื่อศึกษาระบบสุขภาพชุมชนเมือง 5 ด้าน พบข้อมูลสำคัญ ด้านสุขภาพโดยสรุปดังนี้

ด้านอนามัยแม่และเด็ก และอนามัยการเจริญพันธุ์

มีการฝากครรภ์ครั้งแรกช้า มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี และมีอัตราการได้รับวัคซีนพื้นฐานในทุกกลุ่มอายุไม่ครบถ้วนในพื้นที่เมืองหนาแน่นสูง “สูงกว่า” พื้นที่ชนบทหรือหนาแน่นต่ำอย่างชัดเจน

ด้านความรุนแรง

มีรายงานจำนวนเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดศูนย์กลางความเจริญ “สูงกว่า” จังหวัดกำลังพัฒนาสู่ความเป็นเมือง

ด้านโรคติดต่อ

กลุ่มจังหวัดศูนย์กลางความเจริญมีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และไข้เลือดออก “สูงกว่า” ขณะที่วันโรคพบ “สูงกว่า” ในพื้นที่กำลังพัฒนาสู่ความเป็นเมืองเมื่อเทียบกับพื้นที่เมือง

ด้านโรคไม่ติดต่อ

การเข้าถึงการคัดกรองเบาหวานในจังหวัดศูนย์กลางความเจริญ “สูงกว่า” แต่พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงกลับควบคุมโรคได้ “แย่กว่า” พื้นที่ความหนาแน่นต่ำ

ด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม

คะแนนเฉลี่ยของการมีคุณภาพการศึกษาในกลุ่มจังหวัดศูนย์กลางความเจริญ “สูงกว่า” กลุ่มจังหวัดกำลังพัฒนาสู่ความเป็นเมือง



ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าระบบสุขภาพชุมชนเมืองมีความซับซ้อน แตกต่างตามมิติสุขภาพและกลุ่มประชากร และความเป็นเมืองไม่ได้หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเสมอไป พร้อมเสนอการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพชุมชนเมืองผ่านการปรับโครงสร้างสังคมให้เป็นธรรม เสริมกลไกการเรียนรู้ที่เข้มแข็ง และใช้ตัวชี้วัดเชิงระบบ เพื่อติดตามและขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีทิศทาง

จับชีพจรสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชน

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ



Teeth HealthCare

Why it matters

- สุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาวะโดยรวม การเรียนรู้ และคุณภาพชีวิตของเด็กในระยะยาว
- ปัญหา **ฟันผุในเด็กเล็กมีอัตราเพิ่มขึ้น** กระบวนการเรียนรู้ คุณภาพชีวิต
- สาเหตุ: การบริโภค, ความรู้ของผู้ปกครอง, ขาดการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ
- การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ทำให้ระบบบริการช่องปากต้องปรับตัวและหาวิธีใหม่ ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้ของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ



เสริมศักยภาพครู-ผู้ปกครอง
48 ศูนย์/4 จังหวัด
(บุรีรัมย์ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น สระบุรี)
บูรณาการเรื่องฟัน
สุขนิสัยในกิจกรรมประจำวัน



ปรับปรุงที่เรียนรู้-สภาพแวดล้อม
สร้างสนามเด็กเล่น มุมบ้านจำลอง
จัดพื้นที่แปร่งพื้นที่เหมาะสมเด็กได้
“เรียนรู้ผ่านการลงมือทำจริง”

ระบบข้อมูลสุขภาพ HDC (37 รพ.สต.)

- เก็บข้อมูลสุขภาพช่องปาก - พฤติกรรม เพื่อใช้ในการประเมินระดับความเสี่ยง
- รพ.สต.ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงสูง + เยี่ยมบ้าน บริการป้องกันตามความเสี่ยงเป็นรายบุคคล

เกิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ

จังหวัดบุรีรัมย์

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต. หายโศกแห่งที่ 1,2
และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดพรมรัตนาราม

- ประสานงานเข้มแข็ง ระหว่างท้องถิ่น-รพ.สต.-สถานศึกษา
- พัฒนาคู่มืออย่างต่อเนื่อง - คุณภาพเด็กดีขึ้น
- ใช้ “นิทาน-สื่อสร้างสรรค์” พัฒนาด้านภาษาและสุขนิสัย

จังหวัดกาฬสินธุ์

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต. เหล่าอ้อย,
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนางาม และศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กหนองแวงแดง

- การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านนิทาน
- มีระบบประเมินสมรรถนะ ที่ต้นแบบชัดเจน
- ทันทบุคลากรร่วมออกแบบ กิจกรรมกับครู

จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลโนนฆ้อง
แห่งที่ 1,2 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านผือ

- จัดการเรียนรู้แบบ “ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง”
- บูรณาการกับหลักสูตรปฐมวัย เช่น หน่วยเรียนรู้ “ม้าก้านกล้วย”
- ทันทบุคลากรร่วมพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกับครูอย่างเป็นระบบ
- เยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาเฉพาะราย
- ผู้ปกครองร่วมพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ของศูนย์

“ใกล้บ้านใกล้ใจ
ดูแลสุขภาพถึงบ้าน
เพิ่มโอกาสการรักษา
ด้วยเทคโนโลยี”

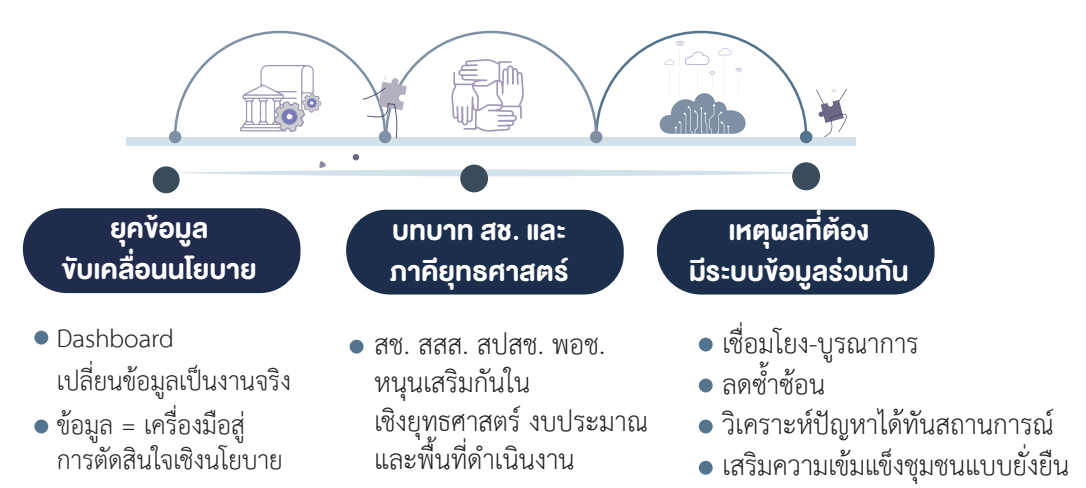




นวัตกรรมสุขภาวะ

ระบบข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ Social and Health: Area-based Resources Empowerment Project (SHARE)

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ





ต้นแบบระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)

iHealthCare สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด อบจ.ลำปาง

ความเป็นมา/สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญ

โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ

จ.ลำปาง
ผู้สูงอายุ
อันดับ 2
ของประเทศ



ผู้ป่วย ผู้สูงอายุอาศัย
อยู่ลำพัง
ไม่มีผู้ดูแล
เข้าถึงบริการสุขภาพไม่ต่อเนื่อง



พื้นที่ห่างไกล-เดินทางยาก

1/3 ของประชากร
อยู่พื้นที่ไกล



ค่าใช้จ่ายสูง
(300-3,290 บาท/ครั้ง)



บางรายเดินทาง > 10 ชม.
อันนำไปสู่การตัดสินใจยุติ
การรักษาของผู้ป่วย



ระบบต้นแบบ iHealthCare – Telemedicine

สำหรับ รพ.สต.

นำร่อง 11 แห่ง ใน 7 อำเภอ
(10 รพ.สต. สังกัด อบจ.ลำปาง
+ 1 รพ.สต. สังกัด สสจ.ลำปาง)

ดำเนินงานโดย
สข. x อบจ.ลำปาง x สสจ.ลำปาง
x บพท.



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

สร้างพื้นที่กลาง
ร่วมพัฒนา



หน่วยงานรัฐ
-ท้องถิ่น-ชุมชน-อสม.
ร่วมระดมความคิดเห็น
ออกแบบบริการร่วม

ใช้ศักยภาพ อปท.



งบประมาณ
หน่วยบริการในพื้นที่
รองรับดูแลชุมชนได้จริง

ความไว้วางใจ
ระหว่างภาคส่วน



ตั้งต้นจากเจตนาดี
ลดความกังวล
เห็นคุณค่า มติร่วม

ประชาชนมี
ส่วนร่วมจริง



ประชาชนเป็น
ผู้ออกแบบบริการร่วม
ไม่ใช่แค่
ผู้รับเทคโนโลยี กลายเป็น
สิทธิสุขภาพ

ผลกระทบเชิง
บวกต่อระบบสุขภาพ

เพิ่มความต่อเนื่อง
การรักษากลุ่มเปราะบาง
โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วย
โรคเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกล
กว่า 10 กม. จาก รพ.สต.

“ต้นแบบระบบโทรเวชกรรม
(Telemedicine) iHealthCare”



ผลงาน ความภาคภูมิใจ



ระดับองค์กร

รางวัลเชิดชูเกียรติพลังขับเคลื่อน RDU ประเทศไทย

สช. ได้รับรางวัล “เชิดชูเกียรติพลังขับเคลื่อนการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) ประเทศไทย” ประเภทหน่วยงาน/เครือข่าย ในการประชุมสัมมนาระดับชาติด้านการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2568 ณ โรงแรมเซ็นทารา ไอล์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ

ระดับบุคคล

รางวัลผู้ปกป้องเด็กไทยจากบุหรี่ไฟฟ้า The Hero

นพ.สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้รับรางวัล “ผู้ปกป้องเด็กไทยจากบุหรี่ไฟฟ้า The Hero”

จากบทบาทในการสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า ในงานประชุมบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 23 เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) เรื่อง กระจกหน้ากากรูทกิจ บุหรี่ไฟฟ้า: คนรุ่นใหม่รู้เท่าทันกลยุทธ์ ระหว่างวันที่ 4-5 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ จ.นนทบุรี

รางวัลเกียรติคุณผู้มีคุณูปการต่อการวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นไทย

นพ.ปริดา เต๋ออารักษ์ ที่ปรึกษาศูนย์วิชาการนโยบายระบบสุขภาพท้องถิ่น สช. และหัวหน้าโครงการการปรับใช้นวัตกรรมผสมผสานระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สู่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ลำปาง ได้รับรางวัลเกียรติคุณผู้มีคุณูปการต่อการวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นไทย ในงาน “นวัตกรรม” จัดโดยหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ร่วมกับหลายหน่วยงาน เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมอัสวิน แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพฯ

“เสียงจาก” ภาคีเครือข่าย

HIA ไม่ใช่แค่สิ่งที่ใช้สำหรับการประเมินผลกระทบกับสิ่งที่ทำไปแล้ว แต่คือ การทำเพื่อเตรียมความพร้อมได้ด้วย เพราะจะช่วยให้เห็นถึงผลกระทบที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น

รศ.ดร.พชญา ใจดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ธรรมนูญสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่เอกสารสวยหรู แต่คือ “กระบวนการทำ” ที่เริ่มต้นจากการระดมความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพของชุมชน และการลงมือทำร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การออกแบบกิจกรรม และกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่อย่างแท้จริง

พ่อหลวงอนันต์ แสงบุญ
อดีตผู้ใหญ่บ้าน ม.4 ตำบลขมภู ศูนย์บริการคนพิการตำบลขมภู



จากการถอดบทเรียนการทำ **ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา** มากกว่า 1 ปี พบว่า เด็กนักเรียน ครู และบุคลากรในโรงเรียนมีความตระหนักรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างมาก และทำให้ทางโรงเรียนกลายเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าแบบ 100% ได้จริง



นางปริญญาพร ตัญติเมววงศ์
รองผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลลำปาง (เวียงศรีรัตนอนุสรณ์)
อ.เมืองลำปาง จ.ลำปาง

สพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีหัวใจสำคัญในการดูแลสุขภาพชีวิตของประชาชน และเป็นกลไกแรกที่น่าจะนำ**สิทธิการตายดี** เข้าสู่การรับรู้ของประชาชน



นายอดิศักดิ์ วรรณวิไลวัชร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยงู
ต.ห้วยงู อ.หันคา จ.ชัยนาท

สพ. จะเข้ามาหนุนเสริมภารกิจของ**ภาคีอาสา** คือ การเป็นกลไกในการบริหารและพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ที่สามารถปรับใช้ได้ในทุก ๆ สังเกต เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานและบริหารคน

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพ.)



การจัดการโรค NCDs ในระดับบุคคลอาจไม่สำเร็จได้ เพราะสภาพแวดล้อมของชุมชนสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อโรค NCDs ทั้งด้านเศรษฐกิจ รายได้ การศึกษา การคมนาคมขนส่ง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการหรือออกแบบเพื่อ**ลดความเสี่ยงของโรค NCDs** ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองได้



ดร.เพ็ญ สุนมาก
ผู้อำนวยการสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ม.อ.)

เราเชื่อว่า “กระบวนการสมาชิกสุขภาพ” เป็นกระบวนการที่ผู้คนมาร่วมกันหาข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำงานวิชาการ ซึ่งเรื่องความผันผวนทางภูมิศาสตร์เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพัฒนาข้อเสนอร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ



นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะทำงานพัฒนาประเด็นระบบสุขภาพเชิงรุก ท่ามกลางความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์



ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เราไม่อยากให้มันเป็นสูตรว่าต้องลอกกันมาเกือบปีกันมา เราอยากจะให้แต่ละพื้นที่ แต่ละแห่ง เขียนออกมาตามความต้องการของโรงเรียน และชุมชนจริงๆ และในอนาคตหากมีการเปลี่ยนผู้บริหาร หรือมีสถานการณ์ใหม่ จะดำเนินการทบทวนปรับปรุงก็ทำได้

นายสิริพงษ์ อังคะสกุลเกียรติ

โฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรี
อดีตผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงศึกษาธิการ



ไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า “การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นและชุมชน” มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติ และเสริมศักยภาพชุมชนให้พร้อมเผชิญเหตุภัยพิบัติได้ด้วยตนเอง



นายโมตรี จงไกรจักร

ประธานมูลนิธิชุมชนไท
และกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สักส่วนผู้แทนองค์กรเอกชน



ธรรมนูญสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการยกระดับกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (LPA) ได้จริง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน การตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่อย่างตรงจุด และการสร้างนวัตกรรมที่ส่งเสริมธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการท้องถิ่น



นายเทียมกัน ปัญญา

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน
อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่



e-LIVING WILL มีประโยชน์มากในการที่จะทำให้ข้อมูลได้รับการส่งต่อ และได้รับการปกป้องด้านความปลอดภัย จึงขอเชิญชวนสถานบริการ โรงพยาบาลทุกแห่ง ลงทะเบียนเชื่อมโยงกับระบบ e-Living Will ทำให้ข้อมูลของประชาชนได้สื่อสารเชื่อมโยงกับสถานบริการทุกแห่ง ไม่ว่าประชาชนจะไปรับบริการที่ใด



พญ.เดียนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง

ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาชีวาศาสตร์



สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ คือกระบวนการที่คิดหาญโยบายสาธารณะร่วมกันเพื่อสุขภาพที่ดี เพราะคำว่านโยบายสาธารณะคือเราทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของสาธารณะ



นพ.สมชาย พิระปกรณ์

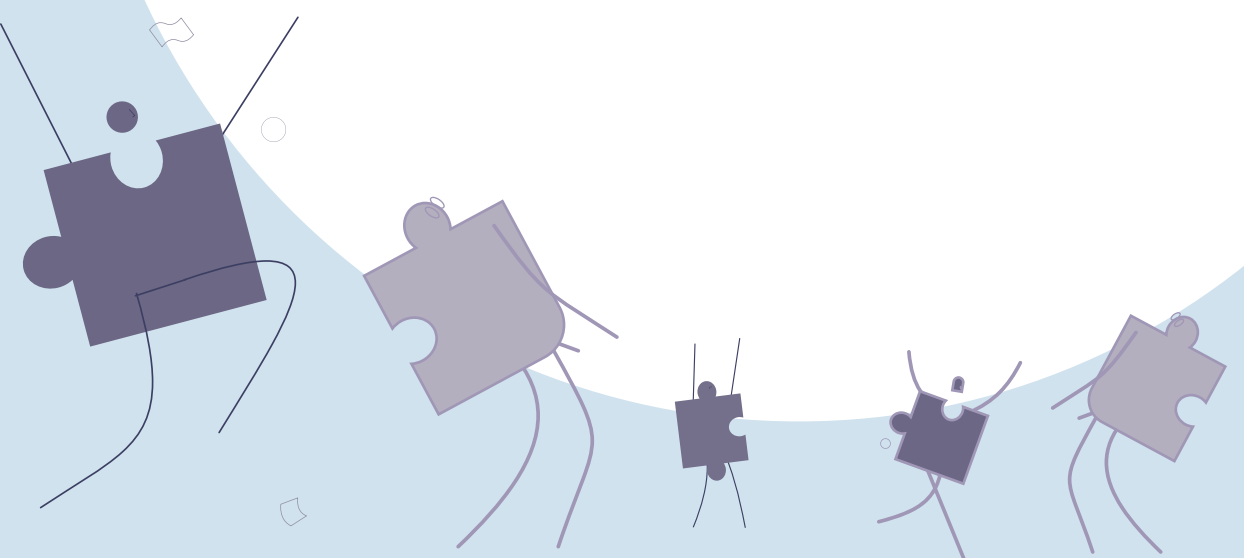
ที่ปรึกษาคณะกรรมการจัดสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 17 และ 18 พ.ศ. 2567-2568





เพราะ “สุขภาพ” เป็นเรื่องของทุกคน
และ “นโยบายสาธารณะ” เป็นเรื่องที่คุณภาพส่วนต้องมีส่วนร่วม

ขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ร่วมผนึกกำลัง
ขับเคลื่อนงานอย่างเข้มแข็งตลอดปีที่ผ่านมา
ท่ามกลางความผันผวนในปี 2569 ที่รออยู่
สช. จะมุ่งมั่นสานพลังจากทุกภาคส่วนเป็น “หุ้นส่วนการพัฒนา”
เพื่อนำพาสังคมไทยก้าวข้ามความท้าทายสู่สังคมสุขภาวะร่วมกัน





สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



สานพลังสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

